

## 身体症状に関する認知の研究

改 田 明 子

人は、文化によって意味づけられた世界に暮らしている。人の行為や経験を理解するためには、それがどのような文化的な枠組みの中で解釈され位置づけられているのかといったことについての理解が不可欠である。近年、ブルーナー（1990）は、そのような文化のなかでの人の行為や経験は、フォークサイコロジー、すなわち素朴心理学によって解釈されるという観点から、フォークサイコロジーの研究の重要性を強調している。彼によると、フォークサイコロジーとは、人がいかに「動くのか」、我々自身の心と他の人々の心はどのようなものなのか、ある状況下で人が期待されている振る舞いはどのようなものか、人はどのような生き方が可能なものか、そしてどのように人が自分の生き方を選ぶのかなどということについての、相互に結びつけられた、おおよそ標準的な描写のセットである（Bruner、1990）。つまり、人が赤信号の前に立ったらどうふるまうかといったことから自分の就職をどう決めるかというようなこと、人がどのように喜んだり悲しんだり、仕事を休んだりするのかというようなことについて、常識として文化の中で共有されている人についての理解がフォークサイコロジーである。このような文化の備えている解釈の枠組みから、人は自分や他者の具体的な行為や経験を意味づけ、解釈するのである。本研究は、フォークサイコロジーを構成する一領域として、人が、身体の不具合の悪さつまり身体症状をどのように解釈し、意味づけているのかという問題にアプローチする試みとして計画された。

ブルーナーによると、フォークサイコロジーは、標準的なものを示すだけでなく、例外的なもの、通常でないものを理解可能な形にする強力な手段でもある。人の身体の状態という観点からみれば、特に問題を感じないいわゆる健康な状態が標準的

であり、何らかの身体症状を経験し、身体的な異変を感じているときに通常でない状態といえよう。文化は、このような事柄について、標準的な状態としての健康とはどういう状態のことなのか、症状があるならば、それはどのような意味をもち、どのように対処すべきか、そしてそれはどのような原因によって生じたのか、というような事柄について、説明をするフォークサイコロジーを備えているのである。人は、文化の中で生活することによって、それらのフォークサイコロジーを学び、自分や他人の健康や身体症状を文化の中で承認される形で解釈するようになる。たとえば、自分や他の人が腹痛を起こしたとき、食べ物のせいだとか、緊張しているとか、たいしたことではないからちょっと休めば治るだろう、というように解釈するかもしれない。そして、そのような説明の仕方はある程度文化的に共有され、承認されているような説明の体裁をとるということである。このように、症状を経験するとき、症状を因果的に説明し、対処方針を与えてくれるような説明がフォークサイコロジーに基づいて構成されるのである。

一方、人が病むということが、どのように文化的な枠組みによって規定されているのか、といった問題は、医療人類学の領域で明らかにされてきた（大貫、1984；波平、1994など）。大貫（1984）によると、日本人の病気に対する感じ方は、アメリカ人と比較してこまやかであり、アメリカでは病気とはほとんど観念されていない症状、たとえば胃下垂や肩こり、冷え症も病気だと考え、調子の悪さを訴えることが文化的に承認されているという。つまり、どの症状が病気とどの症状を病気でないと考えるかは、公式的な医学である生医学によって規定されるというよりも、文化の中での健康や病気、さらには世界はどのようなものかという概念とその症状の関係のなかで規定されるのである。本研究は、このような医療人類学的な研究が明らかにしてきた、日本人の病気認知の特徴を心理学的な手法からアプローチしようとするものである。

さらにまた、人が病気の症状をどのように理解し、説明するか、といったテーマは、医療の実際的な問題としても興味深い。医療は、医療機関を受診した患者の訴えを聴くことから始まるわけであるが、患者が自分の身体症状をどのような枠組み

で解釈しているかという問題を抜きにして、患者の訴えを理解することはできないはずである。しかしながら、実態としては、クラインマン（1996）の報告するように、医師が患者の訴えを聴くときには、医師の枠組みから医師が必要とする情報のみを引き出すような会話が多く見うけられるようである。このような方法は、限られた時間の中で効果的な治療法を決定するためには必要なことであろう。しかしながら、患者が医師の指示になかなか従わないような場合、患者は自分なりに解釈した症状の理解に基づいて症状に対処しているという要素を見逃すことはできない。このような場合、どのような文脈の中で意味づけられてその症状が成立しているのかということ、つまり症状や治療に関して患者が持っているフォークサイコロジーを参考にすることが役立つはずである。

以上のような関心から、本研究は行われた。本研究は、身体症状についてのフォークサイコロジーにアプローチする試みとして、日本人の大学生がさまざまな身体症状をどのように認知しているのかということを調べた基礎資料を示し、考察を加えたものである。

## 研究 1

研究 1 では、まず人が経験するさまざまな身体症状に関する認知を、受診傾向、重大性の認知、頻度の認知、不快感という 4 つの側面から調べ、それに基づいて身体症状を分類してその特徴を記述する。以下、この 4 つの認知をまとめて症状認知と呼ぶ。

ここで取り上げた 4 つの症状認知の尺度は、いずれも症状に対処する上で大きな影響力をもつ認知であることが予想される。受診傾向は、専門的な医療機関を利用しようとする傾向を示しており、一般に公的な医療制度のなかで治療を受けることによって「病人」は「患者」となる（波平、1994）。受診傾向は、その症状を公的医療制度の枠組みで治療する必要性の認知を反映していると考えられる。重大性の認知は、その症状がどの程度重大な病気の現れであると考えているかを示

す尺度である。症状には、些細なものと受け止められやすい症状と重大なことだと受け止められやすい症状がある。このような重大性の認知の傾向を調べることによって、重大性の認知をもたらす症状の特徴や重大だと判断された症状に対する対処の特徴が検討できるものと考えられる。さらに、頻度の認知は、それが一般に珍しい症状であるかよくある症状であるかということに関する認知を示している。症状について判断する際には、身近な症状ならばそれに関する知識や判断の根拠も知識として利用しやすいが、なじみのない症状は判断の材料が乏しい。このような違いが、症状の認知に及ぼす影響を検討する。最後に、不快感である。不快感は症状を経験した時に直接感じる否定的な感情である。症状に対する不快感は、それを取り除くための対処行動の契機となることが推測できる。以上の4つの側面から、症状の認知を調べ、それによってさまざまな身体症状を分類することが研究1の目的である。

## 方法

**被験者** 50名の男女大学生。

**手続き** 身体症状として、「家庭の医学」（保健同人社、1994）に掲載されている症状から、簡単な記述で症状の内容が理解でき、便秘のように持続が症状の必要条件となっていない症状を78個選び出した。すべての症状について、4つの症状認知評定用紙を作成し、すべての被験者がすべての症状について4種類の評定を行った。評定のための教示は、以下のとおりである。

＜受診傾向＞その症状がどのくらい続いたら、あなたは治療のために医療機関（病院、医院など）を受診しますか。

＜重大性の認知＞そのような症状があったら、あなたはどの程度重大な病気を心配するでしょうか。命に関わる重大な病気を心配するでしょうか。大したことのない病気だと考えるでしょうか。

＜頻度の認知＞それぞれの症状は、一般に大人の人がどの程度よく経験する症状だ

と思いますか。日本人成人のうち、その症状を1年に1度でも経験する人は、何%ぐらいでしょうか。

<不快感>その症状があったら、あなたはどの程度不快に感じるでしょうか。

被験者は、表1の評定尺度にしたがって、自分の考えに最も近い選択肢を選択した。

なお、評定に先立って、個々の症状は激しいものではなく、あると感じる程度のものだと考えるように教示した。評定終了後、被験者の年齢、性別、医療についての経験を問う質問を設けたが、本研究では分析の対象としなかった。

表1 使用した4評定尺度

評定値	5	4	3	2	1	欠測値
受診傾向	すぐに病院に行く	1日続いたら病院に行く	1週間続いたら病院に行く	1ヶ月続いたら病院に行く	1ヶ月以上続いても病院に行かない	わからない
頻度の認知	70%以上	50%程度	30%程度	10%程度	1%以下	わからない
不快感	非常に不快である	かなり不快である	多少は不快である	あまり不快ではない	まったく不快ではない	わからない
重大性の認知	非常に重大な病気である	かなり重大な病気である	多少は重大な病気である	あまり重大な病気ではない	まったく重大な病気ではない	わからない

## 結果

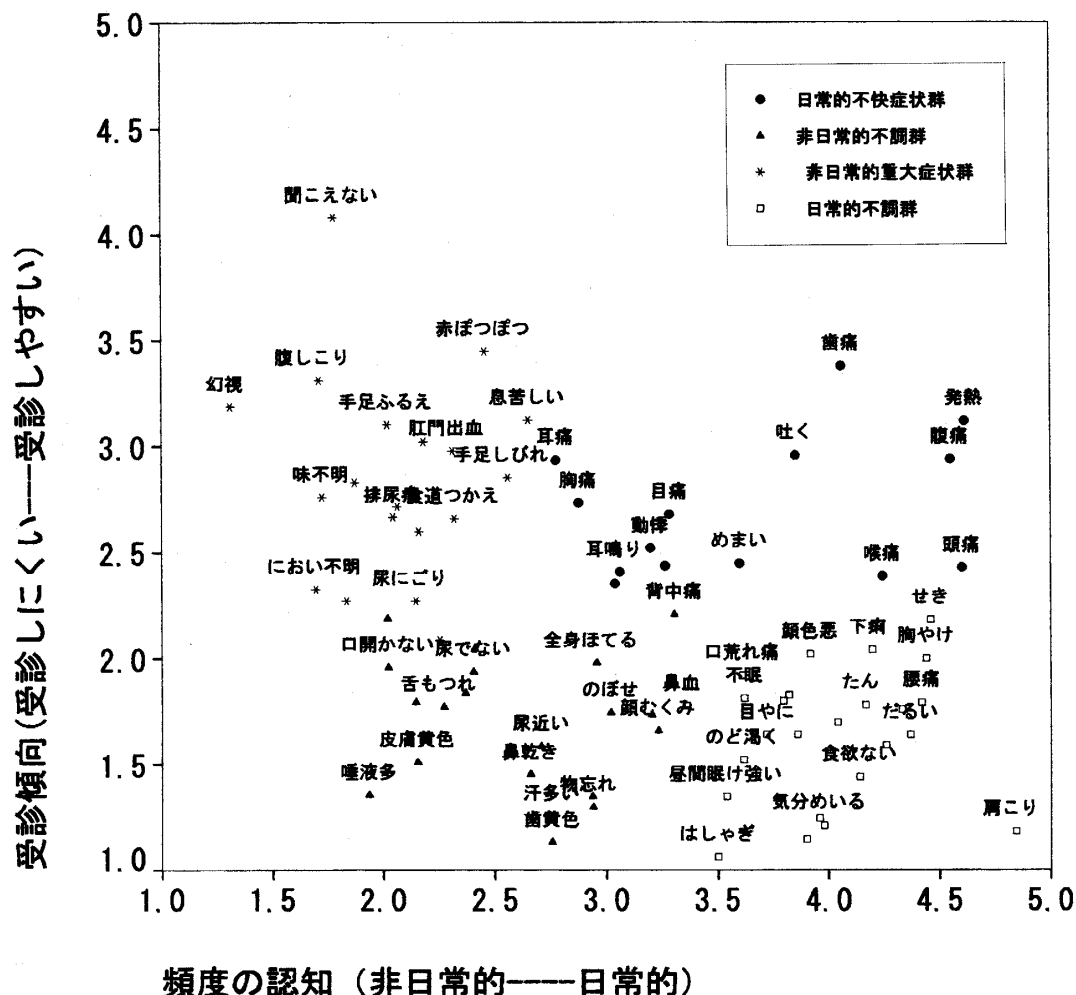
すべての評定について、「わからない」を除いた評定に表1のように数字を割り当て、症状と評定尺度ごとに平均評定値を求め、分析の対象とした。付表1-1、1-2参照。

### クラスター分析

4種類の評定平均値に基づいて、78個の症状を分類するクラスター分析を行った。クラスター分析の結果、解釈可能な4個のクラスターが導き出された。図1は、受診傾向と頻度の認知に関してプロットした各症状とクラスターの布置である。以下

に、4つのクラスターの特徴を示す。

図1 さまざまな身体症状のクラスター



### 1. 日常的不調群

頻度の認知が高く、中程度の不快感で、重大性の認知が低く、受診傾向の低い群。この群には、肩こり、せき、食欲がないなどが含まれる。一般によくあることで、あえて受診するほどのことではないと判断されやすい症状群である。この群に、4群の中で最多の25個の症状が含まれている。この群は、日本人特有の、病気として認知しそれを理由に不調を訴えることが文化的に承認されている些細な症状(大貫、1984)と重なる部分を含む症状群である。

### 2. 非日常的重大症状群

頻度の認知が低く、不快感、重大性の認知ともに高く、受診傾向も高い症状群。

この群には、声が聞こえない、息が苦しい、手足がふるえるなどが含まれる。一般に、大変な状態だと誰もが判断し、医療機関の利用につながりやすい症状である。

### 3. 非日常的不調群

頻度の認知が低い以外は、日常的な不調群と同じ傾向をもつ群である。この群には、声がかすれる、皮膚が黄色い、汗が多いなどが含まれる。あまり経験することのない症状だが、もし経験しても重大なことだとは考えられにくく、不快感も強くないので、しばらく様子を見るといった対応が取られがちになると推測できる症状である。また、多くの被験者が経験したことも少なく、症状の認知について判断材料となる経験の乏しさが評価に影響した可能性もある。

### 4. 日常的不快症状群

頻度の認知、不快感、受診傾向が高い群である。身近な症状で、非常に重大だとは考えられないが、不快感が強いのでそれを取り除く目的で医療機関を利用しやすい群である。歯が痛い、熱がある、吐くなどが含まれる。

以上、78種類の症状は、4群の症状に分類することができた。さまざまな症状には、このような4つの類型が存在するものと考えられる。また、この分類にかかわる症状認知の内容からは、4つの評価値には何らかの連関の存在が示唆される。この点についてさらに詳細に調べるために、それぞれの症状の評価値について、相関係数を検討した。

## 症状認知間の関係

4つの症状認知がどのような関係にあるのかということを調べるために、4つの評価値の相関係数と、当該の2変数以外の変数の影響を取り除いた偏相関係数を計算した。表2参照。

まず、それぞれの変数の相関係数では、重大性の認知と受診傾向 (.720)、不快感と受診傾向 (.759)、重大性の認知と頻度の認知 (-.713)、重大性の認知と不快感 (.588) に有意な相関が認められた。他の2変数の影響を取り除いた偏相関係数についてみると、受診傾向には重大性の認知 (.488) と不快感 (.479) との間に有意

表2 症状認知間の関係

原因	相関係数			偏相関係数		
	重大性の認知	頻度の認知	不快感	重大性の認知	頻度の認知	不快感
受診傾向	.720**	-.292	.759**	.488**	.220	.479**
重大性の認知		-.713**	.588**		-.782**	.311
頻度の認知			-.132			.329*

表中の\*\*は1%水準有意、\*は5%水準有意である。

な偏相関係数が認められ、重大性の認知は、頻度の認知（-.782）との間に有意な偏相関係数と不快感（.311）との間に境界水準の偏相関係数が認められた。また、頻度の認知と不快感（.329）にも有意な偏相関係数が認められた。

このことから、これらの4つの症状認知は、相互に関係しあいながら、症状に対する認知の枠組みを構成しているといえよう。とくに、症状に対する対処行動として、医療機関の受診を動機づけられる症状は、重大性が高く評価されるかまたは不快感が強いという傾向が確認された。このことは、どのような症状であれ、人の持っている世界観から重大だとは認識されず、かつ不快感も弱い症状は、医学的な必要性に関わらず、医療機関の受診につながりにくいということを示唆している。また、重大性の認知には頻度の認知が強い影響力をもっていることがわかった。したがって、頻度が高い、つまりよくある症状だと理解される場合には、現実の重大性にはかかわらず、重大性が低く認知されることがあることを示唆している。上記のように、重大性の認知は受診傾向につながる要因である。よくあることだという認知によって、重大性が低く見積もられ、受診の動機づけが低くなってしまうということが現実にもあるのではないだろうか。また、不快感は他の三変数と弱いながらも関係があることがわかった。不快感は、4つの変数の中でもっとも直接的な身体感覚に近い認知であろう。このような感覚も、頻度が高いとか重大だというような認知的要因の影響を受けて成立しているということを示唆するものである。

以上、相関係数の分析から、4つの症状認知の相互関係についてみてきた。症状認知の4つの側面は、相互に関連しながら症状をめぐる認知を構成し、それに対する対処や説明を生み出しているのである。そこで、次に研究2として、さらに症状



に対する認知を別の面から明らかにすることを試みた。

## 研究 2

研究 2 では、研究 1 で示された症状の分類にしたがって、それぞれの症状群の原因認知がどのように異なっているかということを検討する。身体症状に関するフォーカスサイコロジーは、それらの症状がどのような原因によって発生しているのかということについての標準的な説明を含んでいるものである。それらの認知された原因は、その症状に対する解釈を構成し、それに対する対処方法を含めた症状認知に影響するだろう。ここでは、原因の領域として、体質、習慣、性格、異物の 4 領域を挙げ、それぞれの症状にかかわりがあると考えられる程度の評定を求めた。そして、研究 1 で導き出された症状のクラスターと原因認知の関係、さらに被験者自身の症状経験の水準と原因認知の関係を検討した。また、以上の研究で求めた全評定値の連関について相関係数から分析した。

## 方法

**被験者** 94名の男女大学生。

**手続き** 研究 1 で用いた78個の症状のうち、欠測値が 5 個以上の症状認知評定がある症状を除外し、4つのクラスターからできるだけ均等になるように40個の症状を選択した。内訳は、日常的不調群14個、非日常的重大症状群 9 個、非日常的不調群 7 個、日常的不快症状群10個の計40個の症状である。

すべての被験者が、すべての項目、すべての原因と経験頻度に関して評定を行った。調査用紙の構成は、以下のとおりである。調査用紙の冒頭で、まず 4 つの原因について説明し、それぞれの症状にその原因がどの程度影響するかということを評定するように説明した。続いて、各原因について、上部に原因の説明、その下に40項目の症状をランダム並べ、その右側に 5 段階評定尺度（ほとんど影響しない、ど

ちらかと言えは影響しない、どちらとも言えない、どちらかと言えは影響する、かなり影響する)を配置した。各原因についての説明は、(1)体質(身体の調子やしくみの個性)、(2)生活習慣(睡眠、食事、嗜好品、労働などの日常的習慣)、(3)性格(ものの感じ方や考え方の個性)、(4)環境中の異物(病原菌や毒物)である。最後に、被験者自身が経験する頻度についての5段階評定(最近1年間で0回、1-2回、3-5回、6-10回、11回以上の5段階)を加えた。

心理学の授業後、受講生に集団で調査を行った。

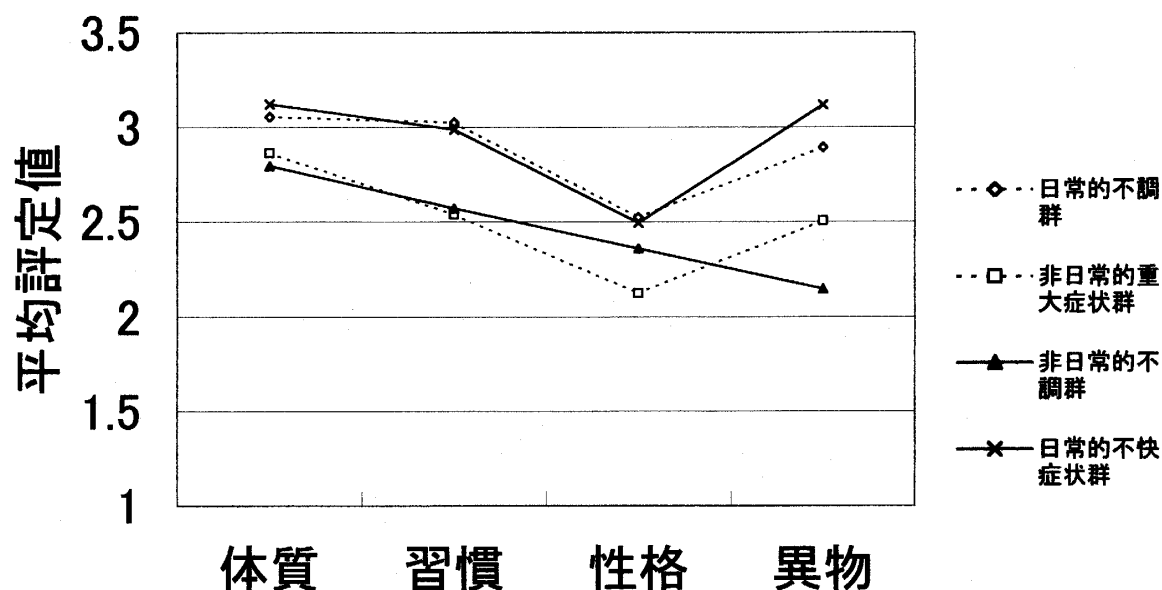
## 結果

評定に1から5の数値を割り当て(影響するほど大、経験評定は経験するほど大)、それぞれの症状についての平均評定値と標準偏差を原因ごとに求めた。付表2参照。

### クラスターによる原因認知の違いの分析

症状のクラスターによる原因認知の違いを図2に示した。クラスターごとの各被

図2 症状の類型による原因認知の違い



験者の評定平均値をデータとして、原因(4)×クラスター(4)の分散分析を行

った。その結果、原因の主効果 ( $F(3,279) = 29.14, p < .001$ )、クラスターの主効果 ( $F(3,279) = 45.80, p < .001$ )、原因とクラスターの交互作用 ( $F(9,837) = 16.55, p < .001$ ) は、いずれも有意な効果が認められた。原因条件ごとに、下位検定を行ったところ、いずれも 1% 水準有意なクラスターの単純主効果が認められたので、多重比較 (LSD) を行い、クラスターによる原因認知の違いを検討した。以下の有意差は、すべて 5% 水準である。体質については、日常的不快症状群 > 非日常的不調群、他の組み合わせは有意差なしであった。習慣については、日常的不調群 = 日常的不快症状群 > 非日常的重大症状群 = 非日常的不調群であった。性格については、日常的不調群 = 日常的不快症状群 > 非日常的重大症状群、非日常的不調群は他の三群との有意差なし、であった。異物については、日常的不調群 = 日常的不快症状群 > 非日常的重大症状群 > 非日常的不調群であった。この結果から、原因認知の特徴を見ると、一般に、日常的な症状である日常的不調群と日常的不快症状群でいずれの原因も高く評定される傾向があることがわかった。日常的な症状のほうが被験者自身の経験も豊富であり、判断のための資源が十分あることが評定値の高さにつながったものと推測できる。

次に、クラスターごとの原因認知の傾向を調べるために、クラスターごとに原因の効果の下位検定を行ったところ、いずれの条件でも 1% 水準有意な単純主効果が認められたので、原因の効果の多重比較 (LSD) をクラスターごとに行った。日常的不調群では、異物 = 習慣 = 体質 > 性格であった。非日常的重大症状群では、体質 > 異物 = 習慣 > 性格であった。非日常的不調群では、体質 = 習慣 > 異物、体質 > 性格、他の組み合わせは有意差なしであった。日常的不快症状群では、異物 = 習慣 = 体質 > 性格であった。このように、いずれのクラスターにおいても性格は一貫して低い評定値となっており、身体症状の原因を体質や異物という身体的な特性に帰属し、症状に対する心理的な説明をできるだけ避けようとする身体化の傾向 (大貫、1984) が確認された。また、日常的症状の 2 群では、性格以外のすべての原因が同等に影響していると考えられているのに対して、非日常的な症状である 2 つの群では、日常的症状と同様に性格が低く評定されているだけでなく、体質が異物よ

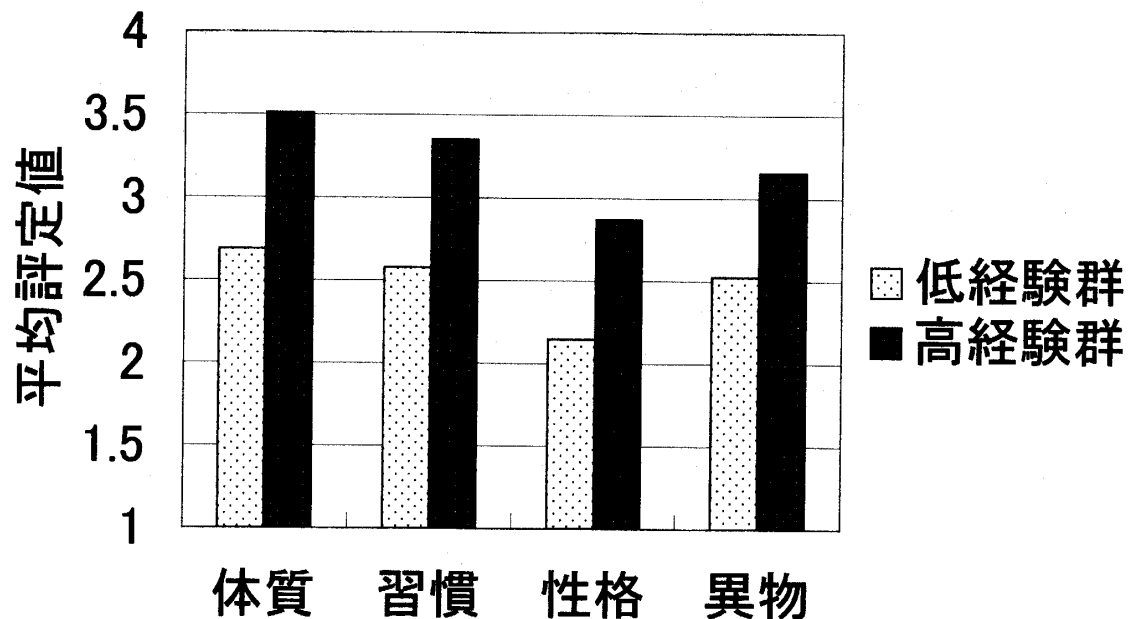
りも高く評定されている。すなわち、非日常的な症状に関しては、誰でも経験する可能性をもっている異物による侵襲というよりも、身体的な個性である体質による説明が優勢となり、特異な体質のために発生する症状だと考えられるようになるものと解釈できる。

### 原因認知と経験

症状の日常性が原因認知に影響していることが、これまでの分析の結果明らかになった。このことは、症状の経験が原因認知に影響することを示唆するものである。そこで、次に自分がどの程度その症状を経験しているかという観点から、経験と原因認知の関係を分析する。各症状について、経験評定が1と2（最近1年間で2回以下の経験しかない被験者）と経験評定が4と5（最近1年間で6回以上の経験の被験者）を選び、それぞれの症状について低経験群と高経験群の原因評定の平均値を求めた。各条件の反応者数が5以下の症状は、分析から除外した。高経験群の症状ごとの人数は、平均27.5人、最大59人、最小6人、低経験群の症状ごとの人数は、平均57.5人、最大79人、最小21人である。除外した症状は、においがわからない、排尿痛がある、食べ物の味がわからない、食道がつかえる、肛門から出血する、物が小さくゆがんで見える、鼻血が出る、の7症状である。

上記のデータにより、経験条件（2）×原因（4）×クラスター（4）の分散分析を行った。分析の結果、経験の主効果（ $F(1,29) = 156.04, p < .01$ ）、原因の主効果（ $F(3,87) = 12.55, p < .01$ ）、クラスターの主効果（ $F(3,29) = 6.28, p < .01$ ）、経験と原因の交互作用（ $F(3,87) = 3.87, p < .05$ ）に有意差が認められた。ここでは、経験の水準と関連する効果のみ取り上げると、経験の主効果と経験と原因の交互作用が有意であった。経験の主効果からは、高経験群は低経験群よりも一様に高い評定値をつける傾向があることが確認された（図3参照）。経験と原因の交互作用については、経験条件ごとの原因の単純主効果が有意だったので、経験条件ごとに原因の平均評定値の多重比較を行った（LSD）。低経験群では、体質＝異物＝習慣＞性格であるが、高経験群では、体質＞異物＞性格かつ習慣＞性格で習慣と体質、異物は有

図 3 経験による原因認知の違い



意差なしであった。

以上の結果から、自分が経験しているという面からも、経験する頻度の高い症状は経験していない症状よりも、いずれの原因の評定値も高くなる傾向が確認できた。このように、一般的に頻度が高いと考えられている症状も、実際に自分が経験している頻度が高い症状も、経験の水準が高いほどいずれの原因認知の評定も高くなるということが言えよう。この傾向は、経験の水準の高い症状ほどその原因について考えた経験も多く、関係しうるさまざまな原因との連関が形成されていることによると考えることができる。

両群に共通した傾向として、性格の評定値は低く、経験にかかわらず、性格は原因として認知されにくいことが示された。また、経験高群では経験低群と比較して相対的に異物の評定値が体質よりも低くなっているという結果については、頻繁に経験する症状ほど異物という状況的な説明ではなく、どちらかといえば体質という固定的な属性に原因を帰属する傾向の現れと考えることができる。しかしながら、この結果は、クラスターごとの原因認知の違いで明らかになった、非日常的な症状は体質帰属される傾向が強いという結果とは矛盾するものである。自分の経験とい

う面からみれば、経験する症状ほど体質という固定的な説明をする傾向があるが、一般的な頻度からみると、頻度の高い症状は異物という状況的な要因により、めずらしい症状は特異な体質によるという解釈をする傾向があるということを示す結果となった。また、習慣については、いずれの場合にも、評定値としては体質と異物の中間的な水準に位置している。

### 症状認知と原因認知の相関係数の分析

研究2で求めた4種類の原因認知と研究1で求めた4種類の症状認知の関係を調べるために、症状ごとに全体、高経験群、低経験群の平均評定値を求め、相関係数を検討した。ここでも、高経験群の被験者が5人以下の症状は分析から除外した。

表3に原因認知に関する4評定と症状認知に関する4評定の間の相関係数と当該の2変数以外の6変数の影響を取り除いた偏相関係数の値を示す。有意な相関係数は経験条件による違いが大きいですが、偏相関係数からはどの経験条件でもかなり一貫した有意な相関係数が認められた。すなわち、異物評定の高い症状ほど頻度認知が高い（以下、低経験群、高経験群、全体の順の偏相関係数で、.447,.407,.434）、性格

表3 原因認知と症状認知の関係

経験水準	原因	相関係数				偏相関係数			
		受診傾向	重大性	頻度認知	不快感	受診傾向	重大性	頻度認知	不快感
低経験群	異物	.374*	.054	.377*	.285	.270	.137	.447**	-.116
	習慣	.058	-.033	.356*	.226	-.034	-.036	.213	.163
	性格	-.040	.146	.110	.142	-.376*	.365:	.207	.065
	体質	.515**	.493*	-.119	.397*	.203	.233	.076	-.177
高経験群	異物	.391*	.264	.290	.463**	-.047	.309	.407**	.138
	習慣	.001	.133	.142	.228	-.040	-.043	-.088	-.054
	性格	.017	.271	.080	.284	-.368:	.450**	.336:	.209
	体質	.113	.169	.231	.372*	-.063	.010	.087	.171
全体	異物	.216	-.105	.529**	.246	.174	.117	.434**	-.030
	習慣	-.167	-.282	.590**	.108	-.019	-.027	.271	.128
	性格	-.209	-.103	.349*	.068	-.339*	.311:	.130	.058
	体質	-.019	-.113	.456**	.191	-.062	.071	-.025	.036

表中の\*\*は1%水準有意、\*は5%水準有意、:は10%水準有意である。

評定の高い症状ほど受診傾向が低い (-.376,-.368,-.339)、性格評定の高い症状ほど重大性認知が高い (.365,.450,.311) という連関関係である。これらの結果は、症状認知と原因認知の間の結びつきを示唆しており、興味深い。すなわち、異物の影響が強いという解釈は症状の頻度認知と結びついており、性格の影響が強いと解釈しているときは、重大なことだと感じながらも医療機関の受診にはつながりにくい、という関係が認められた。不快感と原因認知には有意な偏相関係数は認められなかった。このことは、不快感が原因認知によって変動するような属性ではなく、直接的な身体感覚上の経験として経験される症状の側面であることを示唆している。

### 原因認知間の関係

原因の認知間の関係が経験条件によってどのように異なるかということを調べるために、原因認知に関する4変数の平均評定値のデータをもとに、経験条件ごと（低経験条件、高経験条件）と全体の平均について、相関係数と当該の2変数以外の影響を取り除いた偏相関係数を求めた。表4にその結果を示す。

相関係数では、高経験条件と全体では、体質と性格の間に有意な相関係数 (.549,.608) が認められたが、偏相関係数では有意ではなくなっており (.284,.168)、この有意な相関係数は他の変数の影響による擬似相関だということが示された。ま

表4 原因認知間の関係

経験水準	原因	相関係数			偏相関係数		
		習慣	性格	体質	習慣	性格	体質
低経験群	異物 習慣 性格	.202	.078	.310	.121	-.067	.265
			.523**	.364*		.473**	.220
				.284			.131
高経験群	異物 習慣 性格	.310	.060	.393*	.097	-.222	.302:
			.569**	.737*		.304:	.557**
				.549**			.284
全 体	異物 習慣 性格	.376*	.221	.515**	.058	-.145	.395**
			.734**	.755**		.530**	.502**
				.608**			.168

表中の\*\*は1%水準有意、\*は5%水準有意、:は10%水準有意である。

た、有意な偏相関係数は経験条件によって異なっている。低経験条件では、性格と習慣が有意 (.473) であるのに対して、高経験条件では、習慣と性格 (.304)、体質と異物 (.302)、体質と習慣 (.557) に有意な偏相関係数が認められた。この結果からは、自分の経験が乏しい症状については、性格と習慣が強く結びつけて認知され、習慣による症状は個人の性格の問題だと解釈されがちであるが、自分の経験が豊富な症状については、習慣は性格も関係しているが最も強く影響しているのは体質という身体的な要因であると考えられていることが示唆される。また、全体の偏相関係数は、習慣と性格 (.530)、体質と異物 (.395)、体質と習慣 (.502) というように、両群の傾向を反映する結果となった。このように、以上の結果は、経験の水準によって原因間の関係の認知が変動するということを示唆している。

## 考察

研究 1 と 2 を通じて、日本人大学生の身体症状に関するフォークサイコロジーにアプローチしてきた。本研究のおもな目的は、今後の研究の基礎資料とするために、さまざまな症状に関して、症状認知と原因認知の評定値の表を作成することであった。付表 1 と 2 に、評定値の平均と標準偏差を掲載した。さらに、研究 1 では、症状認知の類型をクラスター分析によって導き出した。さまざまな症状は、認知の特徴から、日常的不調群、非日常的重大症状群、非日常的不調群、日常的不快症状群に分類することができた。また、症状認知に関する 4 評定値の相関係数の分析から、受診傾向は重大性の認知、不快感との連関をもち、重大性の認知はこれ以外に頻度の認知と不快感との連関をもち、不快感はこれ以外に頻度の認知とも連関を持つことが示された。つづいて、研究 2 では、症状についての原因認知が、研究 1 で求めた症状の分類と経験の水準によってどのように異なるかということを検討した。その結果からは、自分が経験しているという意味でも、一般に頻度認知が高い身近な症状であるという意味でも、経験の水準が高いほど全体として原因認知の評定値が高くなる傾向が確認できた。また、非日常的な症状ほど体質帰属する傾向が強くな



ると同時に、経験水準の高い症状ほど異物よりも体質帰属される傾向があるという結果が得られた。この点に関しては、さらに詳細な検討が必要であろう。さらに、相関係数の分析からは、経験の水準が異なっても、原因認知の評定と症状認知の評定の連関は一貫しており、異物帰属は頻度認知と連関し、性格帰属は重大性の認知と受診傾向に連関することが示された。ただし、ここでの症状認知は、経験の水準を考慮せずに平均を求めた結果であり、そのために経験の水準の違いが結果に反映されなかった可能性もある。もし、経験によって症状認知に違いがあれば、異なる結果となることも予測されるものである。これに対して、原因認知評定間の連関は、経験の水準によって違いが認められた。とくに、習慣と強い連関があると見なされている原因が、高経験群では体質であるのに対して低経験群では性格であった。このことから、習慣は体質的要因と性格的要因の両者が関わりうる原因だが、経験の水準によって連関の認知が変動するものと考えられる。

以上、研究結果の概略をまとめた。本研究は、病気についてのフォークサイコロジーにアプローチするための試みである。今後検討すべき課題を挙げておきたい。第1に、本研究は日本の大学生という非常に限られた集団から集めたデータに基づいているものである。この結果が、日本の文化全体に一般化できるものなのか、それとも大学生の特徴が強く反映されているのかという問題は、検討しなければならない。特に、大学生という限られた年齢層固有の認知が、結果に反映されている可能性は否めないだろう。今後、より広い範囲の被験者からデータを集めることが必要である。第2点として、病気についてのフォークサイコロジーは、病気に対してどのような立場で関わっているかによって異なってくることも考えられる。本研究では症状の経験の水準を評定によって調べたが、ここで扱った症状に関して、大学生は若年層であり、現実には症状を持っている場合は少ない。たとえば、医療従事者や患者、患者の家族など、立場によって、病気をどのように捉えているかは異なるものと考えられる。このような視点から、病気とのかかわりについての立場の違いが症状認知にどのように影響するかという問題も、興味深い研究対象である。第3点として、症状と病気の関係の問題がある。一般に、症状は表面に現れたものであ

り、その背後にはより本質的な病気が存在すると考えられている。したがって、原因となる病気が異なって認知されていれば、同じ症状でも異なって認知されるはずである。たとえば、同じ頭痛でも脳腫瘍による頭痛と風邪による頭痛では、症状に対する認知はまったく異なるはずである。本研究では、症状のみを対象としたために、このような病気による影響を検討することができなかった。以上、今後を検討すべき課題を挙げた。

今後、さらに病気についてのフォークサイコロジーを明らかにすることは、人間がいかに自分の生活する世界を解釈し、世界の中で振舞うのかということの理解を進展させるはずである。また、このことは、患者が自分の病気をどのように捉えているのかという医療の現実的な問題にも示唆を提供することができるものである。

#### 引用文献

Bruner, J. 1990 Acts of meaning. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

家庭の医学 1994 保健同人社

クラインマン, A. 1996 病いの語りー慢性の病いをめぐる臨床人類学 江口重幸・五木田紳・上野豪士 (訳)  
誠信書房 The illness narratives: Suffering, Healing and Human condition. Kleinman, Arther, 1988,  
New York: Basic Books.

波平恵美子 1994 医療人類学入門 朝日新聞社

大貫恵美子 1985 日本人の病気観ー象徴人類学的考察 岩波書店

付表 1-1 研究 1 で使用した症状に関する 4 つの評定値の平均と標準偏差

タ ク ラ ス	症 状	受診傾向	重大性の認知	頻度の認知	不快感	クラスター の中心か らの距離
		平均(標準偏差)	平均(標準偏差)	平均(標準偏差)	平均(標準偏差)	
日 常 的 不 調 群	たんがでる	1.78 (1.09)	2.08 (0.89)	4.17 (1.21)	3.20 (1.04)	0.25
	目がかゆい	1.80 (1.03)	2.14 (0.78)	3.80 (1.22)	3.18 (1.13)	0.27
	首が痛い	1.64 (0.83)	2.04 (0.81)	3.86 (1.14)	3.41 (0.96)	0.34
	肩が痛い	1.59 (0.86)	2.15 (0.74)	4.26 (0.96)	3.35 (0.84)	0.38
	身体がだるい	1.64 (0.88)	2.14 (0.86)	4.37 (0.95)	3.22 (0.86)	0.40
	目がかすむ	1.83 (0.88)	2.36 (0.80)	3.82 (1.00)	3.31 (0.97)	0.43
	皮膚が荒れる	1.70 (0.91)	2.27 (0.84)	4.04 (1.00)	3.52 (1.07)	0.47
	目やにが出る	1.64 (0.94)	1.98 (0.87)	3.72 (1.29)	2.71 (1.02)	0.48
	気分がめいる	1.21 (0.46)	2.02 (0.84)	3.98 (1.23)	3.35 (1.03)	0.50
	手足が冷たい	1.24 (0.69)	2.16 (0.96)	3.96 (0.96)	2.80 (1.21)	0.50
	鼻水が出る	1.76 (1.12)	1.74 (0.69)	4.33 (1.19)	3.28 (0.95)	0.53
	腰が痛い	1.79 (1.03)	2.38 (1.03)	4.42 (0.81)	3.27 (0.95)	0.56
	口の中が荒れて痛い	1.92 (1.01)	2.02 (0.65)	3.61 (1.11)	3.49 (0.98)	0.62
	いびきをかく	1.15 (0.46)	1.94 (0.86)	3.90 (0.93)	2.73 (1.07)	0.64
	昼間も眠けが強い	1.35 (0.69)	2.00 (0.91)	3.54 (1.15)	2.76 (1.06)	0.64
	鼻血が出る	1.78 (1.03)	2.04 (0.93)	3.36 (1.31)	3.24 (1.09)	0.67
	のどが渇く	1.52 (0.82)	1.94 (0.96)	3.62 (1.36)	2.54 (1.05)	0.70
	せきがでる	2.18 (1.18)	2.06 (0.79)	4.46 (1.05)	3.14 (1.04)	0.72
	顔色が悪い	2.02 (1.02)	2.52 (1.01)	3.92 (1.20)	2.64 (0.94)	0.73
	下痢をする	2.04 (1.07)	2.32 (0.94)	4.20 (1.05)	3.65 (1.07)	0.75
	胸やけがする	2.00 (1.10)	2.14 (0.83)	4.44 (1.01)	3.60 (0.97)	0.76
	眠れない	1.81 (0.82)	2.42 (1.03)	3.62 (1.07)	3.66 (1.26)	0.77
	食欲がない	1.44 (0.70)	2.24 (0.92)	4.14 (0.95)	2.24 (0.85)	0.90
	肩がこる	1.18 (0.49)	1.62 (0.75)	4.84 (0.42)	3.13 (0.94)	1.07
	はしゃいで調子が高い	1.06 (0.44)	1.53 (0.73)	3.50 (1.39)	1.93 (1.00)	1.50
非 日 常 的 重 大 症 状 群	排尿痛がある	2.67 (1.04)	3.47 (1.00)	2.04 (1.01)	3.98 (0.91)	0.28
	手足がふるえる	3.10 (1.16)	3.58 (0.88)	2.02 (0.96)	3.79 (0.83)	0.32
	肛門から出血する	2.98 (1.18)	3.33 (1.07)	2.31 (1.15)	3.98 (1.03)	0.34
	ものが小さく、ゆがんで見える	2.83 (1.22)	3.48 (1.15)	1.87 (0.90)	3.48 (1.07)	0.38
	意識がはっきりしない	2.72 (1.44)	3.76 (1.16)	2.06 (0.92)	3.61 (1.13)	0.44
	食べ物の味がわからない	2.76 (1.15)	3.57 (1.15)	1.72 (0.77)	4.04 (0.85)	0.46
	耳だれがでる	3.02 (1.37)	2.91 (1.08)	2.18 (0.84)	3.82 (0.81)	0.51
	食道がつかえる	2.66 (1.24)	3.04 (1.06)	2.32 (0.91)	3.52 (0.96)	0.55
	手足がしびれる	2.85 (1.27)	3.14 (1.04)	2.56 (1.13)	3.48 (0.85)	0.64
	息が苦しい	3.13 (1.30)	3.36 (1.17)	2.65 (1.09)	4.02 (0.81)	0.69
	全身に赤いぼつぼつができる	3.45 (1.12)	3.20 (1.11)	2.46 (0.99)	4.06 (1.04)	0.78
	尿がにごる	2.27 (0.94)	3.35 (1.05)	2.15 (0.87)	3.26 (1.08)	0.80
	においがわからない	2.33 (0.90)	3.55 (1.04)	1.69 (0.71)	3.31 (1.19)	0.82
	尿が漏れる	2.60 (1.05)	2.96 (0.93)	2.16 (0.81)	4.46 (0.77)	0.83
	夜になると目が見えない	2.27 (1.20)	2.88 (1.22)	1.83 (0.88)	3.53 (1.24)	0.85
	腹にしこりができる	3.31 (1.31)	3.96 (1.05)	1.71 (0.79)	4.14 (1.10)	0.88
	手足が動きにくい	2.09 (1.10)	3.02 (1.01)	2.26 (0.97)	3.63 (1.04)	0.89
	存在しない物が見える	3.19 (1.61)	3.84 (1.45)	1.31 (0.66)	3.74 (1.36)	0.93
	耳が聞こえない	4.08 (0.98)	3.92 (1.16)	1.78 (0.97)	4.31 (0.95)	1.46

付表 1-2 研究 1 で使用した症状に関する 4 つの評定値の平均と標準偏差

タ ク ラ ス	症 状	受診傾向	重大性の認知	頻度の認知	不快感	クラス ターの 中心か らの距離
		平均(標準偏差)	平均(標準偏差)	平均(標準偏差)	平均(標準偏差)	
非 日 常 的 不 調 群	尿が近い	1.59 (0.93)	2.27 (0.86)	2.71 (0.94)	3.04 (0.97)	0.14
	鼻が乾く	1.45 (0.83)	2.07 (0.79)	2.66 (1.08)	2.83 (0.73)	0.39
	のぼせる	1.74 (0.97)	2.32 (0.89)	3.02 (1.33)	3.04 (0.82)	0.42
	口が開いたままになる	1.80 (1.29)	2.14 (1.09)	2.15 (0.97)	2.95 (1.20)	0.51
	舌がもつれる	1.77 (0.99)	2.40 (1.12)	2.27 (0.96)	3.40 (0.80)	0.51
	全身がほてる	1.98 (1.15)	2.26 (0.72)	2.96 (1.09)	2.72 (0.70)	0.57
	汗が多い	1.26 (0.61)	1.92 (0.76)	2.76 (1.13)	3.06 (1.11)	0.58
	肛門がかゆい	2.04 (1.11)	2.51 (0.87)	2.41 (1.24)	3.42 (1.05)	0.59
	皮膚が黄色い	1.51 (0.83)	2.35 (1.19)	2.15 (1.07)	2.67 (1.03)	0.63
	口が大きく開かない	1.96 (1.12)	2.29 (0.94)	2.02 (0.94)	2.91 (1.08)	0.66
	顔がむくむ	1.66 (0.92)	2.04 (0.92)	3.23 (1.25)	3.12 (0.99)	0.67
	歯の色が黄色い	1.13 (0.40)	1.96 (0.86)	2.76 (1.15)	3.22 (1.03)	0.67
	ふけが多い	1.35 (0.67)	1.94 (0.87)	2.94 (1.10)	3.59 (1.17)	0.78
	物忘れがひどい	1.30 (0.62)	2.83 (1.20)	2.94 (1.15)	3.31 (1.29)	0.80
	尿が少ししかでない	1.94 (0.93)	2.71 (0.91)	2.40 (0.80)	2.47 (0.91)	0.81
	背中が痛い	2.21 (0.90)	2.36 (0.92)	3.31 (1.26)	3.10 (0.90)	0.87
	唾液が多くて困る	1.36 (0.71)	1.96 (0.89)	1.93 (0.93)	2.70 (0.98)	0.89
	声がかすれる	1.73 (1.08)	1.82 (0.75)	3.20 (1.29)	2.56 (0.90)	0.90
	便が黒い	2.19 (1.20)	2.83 (1.21)	2.02 (1.00)	3.05 (1.13)	0.96
	体臭がひどい	1.84 (1.15)	2.40 (1.05)	2.37 (1.01)	4.04 (1.11)	1.03
日 常 的 不 快 症 状 群	目が痛い	2.68 (1.09)	2.48 (0.99)	3.29 (1.21)	3.52 (0.97)	0.44
	めまいがする	2.45 (1.24)	3.02 (1.08)	3.60 (1.28)	3.49 (0.79)	0.46
	動悸がする	2.52 (1.17)	3.02 (1.04)	3.20 (1.12)	3.40 (0.89)	0.65
	耳鳴りがする	2.41 (1.08)	2.80 (1.01)	3.06 (1.01)	3.56 (1.01)	0.67
	目がはれる	2.44 (1.25)	2.20 (0.90)	3.27 (1.27)	3.30 (0.93)	0.77
	手足が痛い	2.35 (1.04)	2.38 (0.78)	3.04 (1.21)	3.48 (0.86)	0.78
	喉が痛い	2.39 (1.19)	2.24 (0.82)	4.24 (1.16)	3.54 (0.84)	0.82
	胸が痛い	2.73 (1.30)	3.12 (1.12)	2.88 (0.95)	3.60 (0.82)	0.89
	歯が痛い	3.38 (0.92)	2.62 (0.95)	4.06 (1.07)	4.10 (0.84)	0.90
	耳が痛い	2.94 (1.13)	2.66 (0.98)	2.78 (1.19)	3.57 (0.93)	0.91
	吐く	2.96 (1.06)	3.20 (0.99)	3.85 (1.16)	4.42 (0.91)	0.96
	腹が痛い	2.94 (1.08)	2.49 (1.02)	4.55 (0.91)	3.96 (0.92)	1.00
	頭が痛い	2.43 (0.98)	2.58 (0.91)	4.60 (0.78)	3.92 (0.90)	1.02
	熱が出る	3.12 (1.26)	2.76 (0.94)	4.61 (0.89)	3.73 (1.00)	1.06

各欄の N の最小は 42、最大は 50 である。

付表2 研究2で使用した症状に関する原因評定と経験評定の平均と標準偏差

クラスター	症 状	原 因				経 験
		体 質	習 慣	性 格	異 物	
		平均(標準偏差)	平均(標準偏差)	平均(標準偏差)	平均(標準偏差)	
日常的 不調群	たんがでる	2.67 (1.28)	2.22 (1.19)	1.76 (1.02)	3.03 (1.44)	2.43 (1.41)
	目がかゆい	2.82 (1.29)	2.50 (1.22)	2.10 (1.28)	3.64 (1.36)	3.36 (1.54)
	身体がだるい	3.30 (1.26)	3.69 (1.18)	3.34 (1.27)	3.37 (1.25)	3.67 (1.30)
	皮膚が荒れる	3.44 (1.41)	3.47 (1.47)	2.70 (1.42)	3.69 (1.31)	3.34 (1.49)
	目やにが出る	2.89 (1.25)	2.53 (1.24)	1.85 (0.98)	2.69 (1.42)	2.89 (1.58)
	気分がめいる	3.20 (1.42)	3.33 (1.41)	3.84 (1.43)	2.66 (1.47)	3.41 (1.48)
	手足が冷たい	3.18 (1.49)	2.85 (1.41)	2.12 (1.34)	2.17 (1.32)	3.18 (1.69)
	鼻血が出る	2.77 (1.48)	2.48 (1.42)	2.12 (1.21)	2.17 (1.20)	1.71 (0.99)
	鼻水が出る	3.17 (1.38)	2.99 (1.19)	1.99 (1.17)	3.39 (1.45)	3.81 (1.42)
	胸やけがする	2.71 (1.23)	2.97 (1.30)	2.15 (1.15)	2.48 (1.29)	2.38 (1.26)
	眠れない	3.30 (1.36)	3.88 (1.37)	3.56 (1.44)	2.65 (1.44)	3.21 (1.55)
	せきがでる	2.91 (1.39)	2.54 (1.24)	1.93 (1.11)	3.50 (1.51)	3.16 (1.35)
	食欲がない	2.96 (1.37)	3.15 (1.50)	3.24 (1.54)	2.85 (1.44)	2.69 (1.35)
	肩がこる	3.46 (1.35)	3.76 (1.24)	2.66 (1.50)	2.24 (1.34)	3.36 (1.63)
非日常的 重大症状群	排尿痛がある	2.76 (1.60)	2.43 (1.40)	1.80 (1.05)	2.27 (1.39)	1.21 (0.60)
	尿がにごる	2.71 (1.40)	2.62 (1.38)	1.97 (1.17)	2.64 (1.42)	1.53 (1.03)
	手足がふるえる	3.01 (1.46)	2.63 (1.32)	2.74 (1.38)	2.64 (1.28)	1.64 (1.05)
	肛門から出血する	2.75 (1.49)	2.43 (1.41)	1.90 (1.25)	2.55 (1.49)	1.26 (0.78)
	ものが小さく、ゆがんで見える	2.95 (1.48)	2.70 (1.47)	2.18 (1.33)	2.19 (1.26)	1.40 (0.90)
	食べ物の味がわからない	2.81 (1.57)	2.44 (1.51)	1.95 (1.25)	2.33 (1.45)	1.24 (0.70)
	食道がつかえる	2.63 (1.38)	2.34 (1.25)	2.03 (1.28)	2.15 (1.24)	1.32 (0.78)
	息が苦しい	3.21 (1.36)	2.86 (1.34)	2.60 (1.39)	3.33 (1.48)	1.95 (1.26)
非日常的 不調群	においがわからない	2.97 (1.48)	2.42 (1.35)	1.97 (1.20)	2.46 (1.42)	1.31 (0.71)
	尿が近い	2.95 (1.35)	2.65 (1.22)	2.09 (1.25)	2.32 (1.29)	2.20 (1.36)
	のぼせる	2.62 (1.23)	2.23 (1.24)	2.23 (1.36)	1.90 (0.90)	2.30 (1.36)
	全身がほてる	2.83 (1.24)	2.47 (1.24)	2.30 (1.31)	2.21 (1.18)	2.11 (1.26)
	汗が多い	3.12 (1.52)	2.56 (1.38)	2.59 (1.38)	2.23 (1.22)	2.61 (1.63)
	顔がむくむ	2.77 (1.27)	2.74 (1.33)	2.20 (1.28)	2.34 (1.25)	2.16 (1.40)
	物忘れがひどい	2.67 (1.43)	2.62 (1.41)	3.07 (1.53)	1.95 (1.21)	2.04 (1.33)
日常的 不快症状群	背中が痛い	2.62 (1.33)	2.72 (1.30)	2.02 (1.09)	2.08 (1.16)	1.89 (1.41)
	めまいがする	3.41 (1.37)	3.34 (1.30)	2.87 (1.38)	3.16 (1.45)	2.80 (1.46)
	手足が痛い	2.81 (1.32)	2.67 (1.34)	2.01 (1.17)	2.36 (1.37)	1.98 (1.31)
	目のはれる	2.74 (1.23)	2.83 (1.40)	2.11 (1.29)	3.26 (1.45)	2.26 (1.44)
	喉が痛い	3.00 (1.38)	2.93 (1.30)	2.10 (1.24)	3.50 (1.40)	3.12 (1.29)
	胸が痛い	3.16 (1.42)	2.68 (1.33)	2.18 (1.19)	2.81 (1.35)	1.99 (1.32)
	歯が痛い	2.81 (1.52)	3.06 (1.58)	2.18 (1.33)	2.37 (1.49)	2.23 (1.02)
	吐く	3.15 (1.61)	3.00 (1.57)	2.86 (1.56)	3.37 (1.50)	1.77 (1.09)
	腹が痛い	3.64 (1.25)	3.14 (1.44)	2.98 (1.44)	3.38 (1.44)	3.31 (1.50)
	頭が痛い	3.27 (1.33)	3.22 (1.40)	3.04 (1.50)	3.49 (1.37)	3.15 (1.41)
	熱が出る	3.23 (1.48)	3.01 (1.45)	2.62 (1.38)	3.48 (1.50)	2.24 (1.05)